

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

*Львова Н.Л.*

*НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации*

Сахарный диабет (СД) относится к группе неинфекционных заболеваний, являющихся одной из основных причин заболеваемости, инвалидности и смертности в развитых странах. В связи с тем, что число больных СД ежегодно увеличивается на 5,7% и составляет в настоящее время 152,9 на 100 тысяч населения Республики Беларусь, приобрела остроту проблема медицинской реабилитации (МР) данной категории пациентов. Первичная инвалидность от СД составила в 2003 г. 1,62 на 10 тысяч населения.

Медицинская реабилитация – это процесс, направленный на восстановление и компенсацию медицинскими и другими методами функциональных возможностей организма человека, нарушенных вследствие врожденного дефекта, перенесенных заболеваний или травм.

Целью МР является восстановление функциональных возможностей организма. Эта цель включает следующие задачи: восстановление нарушенных функций, восстановление саногенетических механизмов организма, социально-бытовую адаптацию, профессиональное восстановление.

МР должна базироваться на результатах анализа клинического течения заболевания, данных функциональных методов обследования и осуществляться с использованием дифференцированного назначения медикаментозной терапии и немедикаментозных лечебных факторов.

В связи с этим **цель** исследования явилось прогнозирование исходов МР у больных СД.

Материалы и методы: Для решения поставленных в исследовании задач обследовано 32 больных СД. Из них 16 (50%) - мужчины и 16 (50%) – женщины. Средний возраст обследованных больных с СД составил  $47,2 \pm 1,9$  лет. Структура обследованных пациентов по степени тяжести сахарного диабета представлена следующим образом: средняя степень тяжести у 22 (68,8%) больных, легкая – у 6 (18,7%), тяжелая – у 4 (12,5%). У обследованной группы пациентов были выявлены поздние осложнения диабета: диабетическая ретинопатия непролиферативная – у 6 (18,8%) человек, диабетическая ретинопатия пролиферативная – у 1 (3,1%); диабетическая катаракта – у 3 (9,4%); диабетическая ангиопатия нижних конечностей без хронической артериальной недостаточности (ХАН) – у 3 (9,4%), диабетическая ангиопатия нижних конечностей с ХАН 0-I степени – у 7 (21,9%), диабетическая ангиопатия нижних конечностей с ХАН I степени – у 3 (9,4%); диабетическая нефропатия II степени – у 4 (12,5%), диабетическая нефропатия III степени – у 1 (3,1%), диабетическая нефропатия IV степени – у 2 (6,2%); диабетическая полиневропатия сенсо-арефлекторная форма – у 4 (12,5%), диабетическая полиневропатия чувствительная форма – у 9 (28,1%).

Для определения реабилитационного потенциала и составления индивидуальной программы реабилитации (ИПР) использовались следующие методы обследования: общеклинические, определение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c), биохимический анализ

крови, анализ мочи на микроальбуминурию и суточную протеинурию, измерение артериального давления, электрокардиография в 12 стандартных отведениях, холтермониторирование, велоэргометрия, эхокардиография, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Измерялась скорость клубочковой фильтрации, определялась острота зрения, биомикроскопия хрусталика и стекловидного тела с помощью щелевой лампы, использовалась прямая офтальмоскопия. Проводилась оценка неврологического статуса.

Все больные СД прошли курс МР по разработанным ИПР, включавшим: физическую реабилитацию (оздоровительные тренировки в форме циклических упражнений в аэробной зоне интенсивности); психологическую (индивидуальные и групповые занятия, аутогенные тренировки); медикаментозную (пероральные сахароснижающие препараты производные сульфанилмочевины и группы бигуанидов, инсулинотерапия “короткими” и пролонгированными инсулинами; коррекция артериального давления, ангипротекторы, антиагреганты); физиотерапевтическую (преформированные и природные факторы).

Эффективность реабилитации оценивалась дифференцированно по отношению к достижению каждой цели: восстановление функций (полное, частичное), восстановление социально-бытовой активности (повседневной деятельности), восстановление профессиональной деятельности.

Предложенные нами критерии эффективности МР соответствовали следующим требованиям: унификация способов оценки разных сторон реабилитации (функционального, бытового и социального восстановления), возможность сравнения данных до и после реабилитации, а также возможность цифрового выражения оценок, их доступность и простота.

Были предложены следующие критерии эффективности МР у больных СД. Это ранние критерии, позволяющие провести оценку эффективности МР сразу после курса реабилитации, и долгосрочные, оценивающие отдаленные последствия реабилитации.

Ранние критерии оценки МР:

1. Достижение устойчивой компенсации диабета (нормогликемия, аглюкозурия).
2. Достижение компенсации со стороны пораженных органов и систем.
3. Снижение объема проводимой заместительной терапии.
4. Нормализация массы тела (индекс массы тела 25-30).

5. Коррекция дислипидемий.

6. Достижение оптимальных цифр артериального давления (АД) (систолическое АД до 130 мм.рт.ст., диастолическое АД до 85 мм.рт.ст.).

7. Степень овладения методами самоконтроля в «школе» больного.

8. Уменьшение ограничений жизнедеятельности на 5-24% или на ФК нарушений.

Долгосрочные критерии оценки МР:

1. Достижение устойчивой компенсации диабета (уровень HbA1c менее 8,5%).

2. Снижение частоты декомпенсаций СД.

3. Поддержание компенсации со стороны пораженных органов и систем.

4. Снижение показателей временной нетрудоспособности, первичной инвалидности и утяжеления инвалидности по СД.

При анализе результатов ранней МР определено, что наиболее существенные изменения со стороны вовлеченных в патологический процесс систем организма наблюдались в пределах одного функционального класса (у 87,5% пациентов), тогда как число лиц с изменениями на 1 функциональный класс и выше, как и число пациентов с неизменными показателями было значительно меньшим – 12,5%.